



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ELIAMAR RODRIGUES DE ALMEIDA MOREIRA

SEGURANÇA ALIMENTAR DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM.

Trabalho apresentado no formato de artigo de Conclusão de Curso (TCC), junto à Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES) do Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), sob orientação do Prof. Linconl Agudo Oliveira Benito.

Brasília, DF

2015

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter dado dons para que eu pudesse chegar a este estágio. Sei que “tudo posso naquele que me fortalece”.

Aos meus pais Floraci e Jose, a quem devo parte do que tenho e do que sou, agradeço pelo o apoio, incentivo nas horas difíceis de desânimo e cansaço, a dedicação e amor recebido sempre.

Aos meus irmãos Maria, Eumis, Edimilson e Joelma pela amizade, afeto e companheirismo constante.

Ao meu esposo Osvaldo, que muitas vezes renunciou aos seus próprios sonhos para que realizasse o meu e me mostrou que o caminho deveria ser seguido sem medo, fossem quais fossem os obstáculos.

Agradeço a todos os professores não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender.

Ao professor Linconl Agudo Oliveira Benito, pela dedicação, paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

Aos familiares e amigos que participaram comigo na busca da realização deste sonho.

Os meus eternos agradecimentos!

SEGURANÇA ALIMENTAR DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM.

Eliamar Rodrigues de Almeida Moreira¹
Lincoln Agudo Oliveira Benito²

RESUMO: Estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, que analisou a segurança alimentar (SA) de um universo de 70 graduandos em enfermagem (GE). Foi utilizada a Escala Brasileira de Medida de Insegurança Alimentar (EBIA). Se constituíram enquanto participantes, 96,70% (n=67) do sexo feminino, 75,70% (n=53) estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, 94,30% (n=66) não possuíam outra graduação, 61,45% (n=43) eram solteiras(os), 72,85% (n=51) possuíam residência própria, 35,75% (n=25) moram com 03 pessoas ou mais, 41,45% (n=29) não trabalham e eram custeados, 32,85% (n=23) possuem emprego fixo e particular, 31,40% (n=22) ganham até 02 salários, 97,20% (n=68) não possuem enfermidades, 1,40% possui depressão, 81,40% (n=57) não eram tabagistas, 77,15% (n=54) não eram etilistas, 98,60% (n=69) não possui hipertensão arterial (HA), 97,15% (n=68) não consomem medicações, 61,40% (n=43) declararam estar em sobrepeso e 98,60% (n=69) declararam não se encontrar em obesidade. O estudo demonstrou que das famílias que possuíam pessoas menores que 18 anos 74,10% (n=20) se encontravam em insegurança alimentar leve (IAL) e 25,90% (n=07) em insegurança alimentar moderada (IAM). Já nas famílias que não possuíam menores de 18 anos, 61,40% (n=43) se encontravam em insegurança alimentar moderada (IAM).

Palavras-chave: Segurança alimentar e nutricional; Estudantes de enfermagem; Hábitos alimentares.

FOOD SECURITY OF UNDERGRADUATE STUDENT NURSES.

ABSTRACT: Cross-sectional and descriptive study, with a quantitative approach, that analyzed food insecurity (FI) of a 70 undergraduate nursing students universe. The Brazilian Food Insecurity Scale Measure (EBIA) was used. Constituted as participants, 96.70% (n=67) were female, 75.70% (n=53) were aged 20-29 years old, 94.30% (n=66) did not have another graduation, 61.45% (n=43) were single, 72.85% (n=51) had their own residence, 35.75% (n=25) live with 03 people or more, 41.45% (n=29) do not work and were funded, 32.85% (n=23) have fixed and private employment, 31.40% (n=22) earn up to 02 minimum wage salaries, 97.20% (n=68) do not have diseases, 1.40% have depression, 81.40% (n=57) were non-smokers, 77.15% (n=54) were non-alcoholics, 98.60% (n=69) does not have high blood pressure (hypertension), 97.15% (n=68) do not consume drugs, 61.40% (n=43) reported being overweight and 98.60% (n=69) reported is not in obesity. The study showed that families who have people younger than 18 years 74.10% (n=20) were in mild FI and 25.90% (n=07) in moderate FI. Already in families who did not have children under 18, 61.40% (n=43) were in moderate FI.

Keywords: Dietary and nutrition safety; Food security; Undergraduate nursing student; Eating habits; Nutrition survey.

¹ Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário de Brasília (UNICEUB).

² Docente do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB).

1. INTRODUÇÃO

O consumo e o hábito alimentar da família são influenciados, entre outros fatores, pelas questões culturais, avanços tecnológicos na produção de alimentos, processo de industrialização, propagandas veiculadas pelos meios de comunicação e, principalmente, pela condição socioeconômica (SANTOS *et al.*, 2005). Nesse sentido, a alimentação e a nutrição se constituem enquanto direitos humanos fundamentais, consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), além de serem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida (QV) e cidadania (VALENTE, 2002).

O direito à alimentação é um direito do cidadão, portanto, dever do Estado e responsabilidade da sociedade. Desta forma, a busca em garantir o direito à alimentação de qualidade para todas as pessoas, passa pela construção de um novo paradigma de sociedade, que tenha como eixo central a QV do ser humano (FIATES, 2001). A Constituição Federal (CF) Brasileira vigente desde 1988, garante o direito universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde a todos os cidadãos (CARVALHO, 2002).

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) significa garantir, a todos, condições de acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo, assim, para uma existência digna, em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana (HIRAI; ANJOS, 2007).

Assim, em seu artigo de número 196, é consagrado o princípio de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 2015).

A complexidade dos problemas alimentares, advindos da transição nutricional em curso no país, tem imposto reformulações urgentes ao setor, a fim de responder as novas demandas alimentares. A transição nutricional pode ser conceituada como um fenômeno no qual ocorrem mudanças nos padrões de distribuição dos problemas alimentares de uma população. Em geral, refere-se à passagem da desnutrição para a obesidade (KAC; VELÁSQUEZ, 2003).

A alimentação durante a infância, se apresenta enquanto fator determinante do crescimento e desenvolvimento, além de representar papel importante na prevenção de doenças na idade adulta.

Os fatores familiares, sociais, ambientais e culturais podem fluência significativamente no padrão alimentar das crianças, pois, são influenciadores potenciais do processo de construção do hábito alimentar na infância, e conseqüentemente, refletem na idade adulta (ROSSI et al., 2008). No Brasil, já foi detectada a progressão da transição nutricional, caracterizada pela redução na prevalência dos déficits nutricionais e ocorrência mais expressiva de sobrepeso e obesidade não só na população adulta, mas também em crianças e adolescentes (WANG; MONTEIRO; POPKIN, 2002).

Segundo teorias ambientalistas, as causas estão fundamentalmente ligadas às mudanças no estilo de vida e aos hábitos alimentares. Confirmando as mesmas, se verifica que a obesidade é mais frequente em regiões mais desenvolvidas do País (Sul e Sudeste), pelas mudanças de hábitos associadas a esse processo (ESCRIVÃO et al., 2008). Nas últimas décadas, a prevalência de obesidade vem aumentando exponencialmente, atingindo homens e mulheres de todas as faixas etárias, já sendo caracterizada enquanto uma epidemia mundial (AFONSO; CUNHA; OLIVEIRA, 2008).

No Brasil, se deve considerar a urbanização e seu impacto sobre os padrões de alimentação, onde a população consome maior quantidade de alimentos processados, juntamente com as alterações negativas da atividade física (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004). Nesse sentido, a obesidade vem crescendo em sua magnitude epidemiológica no mundo todo, ocupando importante espaço no perfil de morbimortalidade e, sendo apresentado enquanto grave problema populacional nos últimos anos, atingindo níveis consideráveis na saúde pública (FRANCESCHI et al, 2000).

A obesidade acarreta complicações em quase todos os sistemas do corpo humano, que compõe um grupo de doenças caracterizadas por longo período de latência, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito como doenças cardiovasculares, câncer (CA), diabetes mellitus tipo II, (DM II) hipertensão arterial sistêmica (HAS) (MARIATH et al., 2007, TORAL *et al.*, 2006; CARMO *et al.*, 2006). Desta forma, a veiculação de propagandas de alimentos inadequados para crianças tem sido cada vez mais cedo, sendo as mesmas expostas a elas, seja pela ausência dos pais em decorrência da jornada de trabalho ou pela reduzida ou ainda, falta de opções saudáveis nas escolas (HENRIQUES *et al.*, 2012).

Os adolescentes pertencem ao grupo com pior perfil de dieta, com as menores frequências de consumo de feijão, saladas e verduras em geral, apontando para um prognóstico de aumento do excesso de peso e doenças crônicas. Esse comportamento alimentar retrata um perfil epidemiológico preocupante, estima-se que cerca de 70% dos brasileiros estarão com excesso de

peso (BRASIL, 2012), sendo urgente a implementação de ações para o controle e prevenção do ganho de peso (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi analisar a segurança alimentar (SA) de graduandos em enfermagem (GE) de uma instituição de ensino superior (IES) com sede na cidade de Brasília, Distrito Federal (D.F), além de analisar o perfil socioeconômico dos mesmos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal e descritiva, potencializada por uma abordagem quantitativa e que se propôs a analisar a segurança alimentar (SA) ou insegurança alimentar (IA) de um universo de setenta (70) graduandos em enfermagem (GE), de uma instituição de ensino superior (IES) com sede na cidade de Brasília, Distrito Federal (D.F.) e, que se encontravam regularmente inscritos junto aos 6º, 7º, 8º, 9º e 10º semestres no ano de 2015.

Nesse sentido e, pelo presente estudo se constituir enquanto pesquisa de campo, um projeto de pesquisa foi submetido para apreciação e tratamento bioético junto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), sendo o mesmo aprovado com o número CAAE: “49922515.5.0000.0023”.

Para aquisição dos dados necessários a construção do presente estudo, foi utilizado um instrumento de coleta de dados (ICD) com duas (02) partes. A primeira parte permitiu analisar o perfil socioeconômico dos sujeitos da pesquisa e o segundo, o conhecido dos mesmos no que se refere a SA ou IA, utilizando para esta atividade a “Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar” (EBIA), sendo estas informações classificadas enquanto fontes primárias.

A EBIA é reconhecida enquanto um ICD importante para orientação das políticas públicas de combate e controle aos fenômenos da insegurança alimentar (IA) e da fome. Isso explica a sua inclusão, como indicador em dois (02) inquéritos nacionais já realizados. A EBIA também fez parte, da PNAD de 2009, que esteve em campo neste momento, o que possibilitou a análise da evolução da segurança e insegurança alimentar no Brasil de 2004 a 2009 (SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009).

A EBIA é constituída por 15 perguntas e suas 15 respectivas frequências, quando a resposta ao item é afirmativa. Destas questões, 08 perguntas são relativas, exclusivamente, aos adultos da família. As outras 07 perguntas são relativas, exclusivamente, aos menores de 18 anos da família. Nesse sentido, quando existem menores de 18 anos na família, todas as 15 perguntas são dirigidas ao entrevistado (SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009).

O ICD foi aplicado no mês de outubro de 2015, fora do horário de aula e ainda, entre os intervalos com o tempo estipulado de quinze (15) minutos para o seu preenchimento. Foram sanadas todas as dúvidas e, após esse processo, foi solicitada a assinatura de todos os participantes junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando desta forma, os dispositivos integralmente e expostos junto a resolução de número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), relacionada as “diretrizes e normas regulamentadoras e m pesquisa utilizando seres humanos”. Após aplicação do ICD, os subsídios adquiridos foram transformados em códigos e números, objetivando resguardar integralmente a identidade dos atores sociais participantes do estudo.

As fontes secundárias se constituíram de artigos de periódicos científicos, documentos oficiais e legislação correlata, adquiridos após busca bibliográfica eletrônica realizada em base de dados informatizados nacionais e internacionais, sendo as mesmas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Minerva-UFRJ, Saber-USP e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Foram adquiridos artigos de periódicos científicos nos idiomas “português” e inglês, publicados no recorte histórico formado pelos anos de 2000 a 2015, ou seja, dezesseis (16) anos. Os critérios para escolha das referências adquiridas foram, que “as referências bibliográficas estivessem de comum acordo com a temática em análise”, “terem sido publicados no recorte histórico instituído” e “que os artigos estivessem na íntegra”. Os artigos incompletos ou identificados em duplicidade foram descartados.

Foram utilizados enquanto descritores, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo os mesmos, “segurança alimentar e nutricional” com o número de registro “50328”, “preferência alimentar” com o número de registro “5657” e descritor único “D005518”, “estudantes de enfermagem” com o número do registro “13725” e descritor único e identificador único “D013338” e “hábitos alimentares” com o número de registro “22182” e identificador único “D005510”, “comportamento” com o número de registro “1538” e descritor único “D001519”. Foram também realizadas as conjunções dos descritores escolhidos, utilizando os operadores lógicos booleanos “and”, “or” e “and not”.

Após a aquisição dos subsídios necessários a construção do presente estudo, os mesmos foram organizados utilizando o software Microsoft Excel 2013®, pertencente ao pacote Office 2013® for Windows®. As respostas dos GE à EBIA® permitiu o desenvolvimento de análise estatística descritiva. Os resultados adquiridos foram expostos por meio de tabelas.

3. RESULTADOS

Num universo de 88 GE regularmente matriculados junto as turmas entrevistadas (6º, 7º, 8º, 9º e 10º semestres), foram entrevistados um total de 79,55% (n=70). Dos GE pertencentes ao 6º, 7º e 8º semestres, foram entrevistados respectivamente 92% (n=23), 100% (n=22) e 73,35(n=11). Já em relação aos GE pertencentes ao 9º e ao 10º semestre, foram entrevistados respectivamente 60% (n=09) e 54,55% (n=06), conforme exposto junto ao quadro abaixo:

QUADRO 1 – Apresentação do universo de matriculados e entrevistados por semestre, com percentual, Brasília (D.F.), Brasil, (n=70):

Semestre	Matriculados	%	Entrevistados	%
6º	25	100,00	23	92,00
7º	22	100,00	22	100,00
8º	15	100,00	11	73,35
9º	15	100,00	09	60,00
10º	11	100,00	06	54,55
Total	88	100,00	70	79,55

FONTE: Produção do autor.

A frequência reduzida de GE pertencentes ao 9º e ao 10º semestre, participarem do processo de coleta de dados se justifica por conta que os mesmos, no decurso deste processo, se encontravam cumprindo suas atividades teóricas-práticas supervisionada, obrigatórias para integralização da formação universitária. Nenhum dos GE participantes, se negou a responder o ICD instituído na presente pesquisa.

Durante o processo de organização dos dados, foi verificado que os atores sociais participantes do estudo se constituíam de 96,70% (n=67) pessoas do sexo feminino, 75,70% (n=53) estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, com média de 26,44 anos, no intervalo de 20 a 48 anos, 94,30% (n=66) não possuíam outra graduação, 61,45% (n=43) se encontravam solteiras(os), 72,85% (n=51) possuíam residência própria, 35,75% (n=25) moravam com 03 pessoas ou mais, 41,45% (n=29) não trabalhavam e eram custeados, 32,85% (n=23) possuíam emprego fixo e particular, 31,40% (n=22) ganhavam até 02 salários mínimos, 97,20% (n=68) declararam não possuir enfermidades, 1,40% possui depressão, 81,40% (n=57) não eram tabagistas, 77,15% (n=54) não eram etilistas, 98,60% (n=69) não possuía hipertensão arterial (HA), nenhum possuía diabetes mellitus (DM), 97,15% (n=68) não consumia medicações, 61,40% (n=43) declararam se encontrar

em sobrepeso e 98,60% (n=69) declarou não se encontrar em obesidade, conforme exposto junto a tabela de número 1.

TABELA 1 – Perfil socioeconômico dos sujeitos da pesquisa, Brasília (D.F.), Brasil, (n=70):

Semestre	Frequência	%
6º	22	31,45
7º	22	31,45
8º	11	15,70
9º	9	12,85
10º	6	8,55
Sexo		
Feminino	67	95,70
Masculino	3	4,30
Faixa etária		
20 a 29	53	75,70
30 a 39	13	18,60
40 a 49	4	5,70
Possui outra graduação		
Não	66	94,30
Sim	4	5,70
Em que curso		
Arquitetura	1	1,45
Gastronomia	1	1,45
Nutrição	1	1,45
Pedagogia	1	1,45
Estado civil		
Solteiro	43	61,45
Casado	25	35,70
União estável	2	2,85
Tipo de moradia		
Residência própria	51	72,85
Residência alugada	12	17,15
Outra	7	10,00
Quantitativo de pessoas que moram com você?		
3	25	35,75
+ de 4	15	21,45
2	14	20,00
4	14	20,00
Sozinha	2	2,85
Situação econômica		
Não trabalha e é custeado	29	41,45
Trabalha e é independente financeiramente	6	8,55
Trabalha e é responsável pelo sustento da família	3	4,30
Trabalha mais não é responsável pelo sustento da família	32	45,70

Atividade remunerada		
Emprego fixo e particular	23	32,85
Estágio	19	27,15
Profissional autônomo	11	15,70
Emprego fixo federal, estadual ou municipal	1	1,45
Não respondeu	16	22,85
Renda mensal		
Até 02 salários mínimos	22	31,40
De 2 até 4 salários mínimos	18	25,70
Superior a 5 salários mínimos	1	1,45
Superior fixo particular	1	1,45
Nenhum	28	40,00
Possui alguma enfermidade?		
Não	68	97,20
Sim	2	2,80
Que enfermidade você possui?		
Hipertensão arterial	1	1,40
Depressão	1	1,40
É tabagista?		
Não	57	81,40
Sim	13	18,60
Consome medicações?		
Não	68	97,15
Sim	2	2,85
É etilista?		
Não	54	77,15
Sim	16	22,85
Possui hipertensão arterial?		
Não	69	98,60
Sim	1	1,40
Possui diabetes?		
Não	70	100,00
Você se encontra em sobrepeso?		
Não	43	61,40
Sim	27	38,60
Você se encontra obesa (o)?		
Não	69	98,60
Sim	1	1,40
Total	70	100,00

FONTE: Produção do autor

Já no segundo momento, são apresentados os resultados no que se refere a questão da segurança/insegurança alimentar, verificada por meio da EBIA, conforme exposto junto a tabela de número 2.

TABELA 2 – Segurança alimentar de graduandos em enfermagem por meio da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar – EBIA, Brasília (D.F.), Brasil, (n=70):

Questão	Frequência	%
01 - Nos ÚLTIMOS 03 MESES, você teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida?		
Não	54	77,15
Sim	16	22,85
02 - Nos ÚLTIMOS 03 MESES, a comida acabou antes que você tivesse dinheiro para comprar mais?		
Não	58	82,85
Sim	12	17,15
03 - Nos ÚLTIMOS 03 MESES, você ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?		
Não	47	67,15
Sim	23	32,85
04 - Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você teve que se basear em apenas alguns poucos tipos de alimentos para alimentar os moradores com pelo menos 18 anos, porque o dinheiro acabou?		
Não	65	92,85
Sim	5	7,15
05 - NOS ÚLTIMOS 03 MESES, VOCÊ OU ALGUM adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?		
Não	65	92,85
Sim	5	7,15
06 - Nos ÚLTIMOS 03 MESES, você alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?		
Não	64	91,40
Sim	6	8,60
07 - Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você alguma vez sentiu fome, mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?		
Não	62	88,60
Sim	8	11,40
08 - Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida?		
Não	70	100,00
09 - Nos ÚLTIMOS 03 MESES, você ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?		
Não	68	97,15
Sim	2	2,85
10 - Nos ÚLTIMOS 03 MESES, você não pode oferecer a algum morador com pelo menos 18 anos, uma alimentação saudável e variada, porque não tinha dinheiro?		
Não	64	91,40
Sim	6	8,60
11 - Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com pelo menos 18 anos não comeu em quantidade suficiente, porque não havia dinheiro para comprar a comida?		
Não	69	98,60
Sim	1	1,40
12 - Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você, alguma vez, diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com pelo menos 18 anos, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?		
Não	69	98,60
Sim	1	1,40
13 - Nos ÚLTIMOS 03 MESES, alguma vez algum morador com pelo menos 18 anos deixou de fazer alguma		

refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?		
Não	68	97,15
Sim	2	2,85
14 - Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com pelo menos 18 anos teve fome, mas você simplesmente não podia comprar mais comida?		
Não	69	98,60
Sim	1	1,40
15 - Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com pelo menos 18 anos teve apenas uma refeição ao dia, ou ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida?		
Não	67	95,70
Não sabe	2	2,85
Sim	1	1,45
Total	70	100

FONTE: Produção do autor

Na tabela de número 3, foi apresentada a pontuação e classificação das categorias de SA e IA, referente aos atores sociais participantes do presente estudo. Nas famílias que possuíam em seu corpo, pessoas com idade inferior a dezoito (18) anos, foi identificado um universo de vinte e sete (27) pessoas, onde nas mesmas, 74,10% (n=20) se encontravam em insegurança alimentar leve (IA leve) e 25,90% (n=07) se encontravam em insegurança alimentar moderada (IA moderada).

Já nas famílias dos entrevistados que declararam não possuir pessoas com idade inferior a 18 anos, ou seja, 43 pessoas, 61,40% (n=43) se encontravam em IA moderada.

TABELA 3 – Pontuação para classificação das categorias de insegurança alimentar relacionados dos graduandos em enfermagem (n=70):

Categoria	Famílias com menores de 18 anos			Famílias sem menores de 18 anos		
	Número de pontos	Frequência	%	Número de pontos	Frequência	%
Segurança alimentar	0	-	-	0	-	-
Insegurança alimentar leve	1 a 5	20	74,10	1 a 3	-	-
Insegurança alimentar moderada	6 a 10	07	25,90	4 a 6	43	61,40
Insegurança alimentar grave	11 a 15	-	-	7 a 8	-	-
Total		27	38,60	Total	43	61,40

FONTE: Produção do autor

4. DISCUSSÃO

No Brasil, a questão da insegurança alimentar se constitui enquanto temática de fundamental importância junto aos setores políticos, tanto que possui inclusive representação junto ao ordenamento legislativo nacional, por meio da lei de número 11.346, de 15 de setembro de 2006,

que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada (BRASIL, 2006).

A referida lei é regulamentada por meio do decreto de número 7.272, de 25 de agosto de 2010, criando o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências (BRASIL, 2010).

Apesar dos esforços sociais e políticos no sentido de melhoria da qualidade de vida (QV) e diminuição das desigualdades sociais, questões relacionadas a nutrição e a IA ainda prevalecem nos dias atuais. Nesse sentido, outros programas que possuem enquanto objetivo, favorecerem o ingresso, a permanência e a conclusão de pessoas de todos os extratos sociais junto as IES, em relação aos seus cursos de graduação e de pós-graduação *lato e stricto sensu*.

Desta forma, programas como o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), monitorias, bolsas, programas de iniciação científica (PIC), dentre outros, se constituem enquanto algumas das estratégias implementadas, objetivando o auxílio, inclusive financeiro para o custeio e a manutenção de discentes junto aos seus cursos subsidiados pelas IES com o apoio das instâncias políticas responsáveis.

O Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) é um programa do Ministério da Educação (MEC) destinado a financiar a graduação na educação superior de estudantes matriculados em cursos superiores não gratuitas na forma da Lei 10.260/2001. Assim, o FIES e também o Programa Universidade para Todos (PROUNI), tem sido instrumentos que tem contribuído para a expansão da educação superior privada, que representa hoje no Brasil o atendimento de quase 75% das vagas (BRASIL, 2001; LIMA, 2013).

Conforme verificado por meio do presente estudo, foi identificado que os GE, se encontravam em IA leve e IA moderada, fenômeno esse que chama atenção por conta de sua complexidade, bem como, por conta das particularidades e singularidades relacionadas a esta questão.

Nesse sentido, a IA leve, se constitui enquanto uma preocupação ou incerteza quanto à disponibilidade de alimentos no futuro em quantidade e qualidade adequadas. Já a IA moderada, se constitui enquanto uma redução quantitativa de alimentos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos (IBGE, 2014).

Em 2013, a pesquisa registrou 65,3 milhões de domicílios particulares no Brasil, destes, 50,5 milhões (77,4%) estavam em situação de Segurança Alimentar (SA). Os 14,7 milhões de domicílios

particulares restantes (22,6%) se encontravam em algum grau de Insegurança Alimentar (IA), ou seja, tinham alguma preocupação com a possibilidade de ocorrer alguma restrição devido à falta de recursos para adquirir mais alimentos. Nestes domicílios, viviam cerca de 52,0 milhões de pessoas (IBGE, 2014).

A prevalência de domicílios com pessoas em situação de IA leve, ou seja, aqueles que tinham a preocupação quanto ao acesso aos alimentos no futuro, foi estimada em 14,8%, ou, em valores absolutos, 9,6 milhões de domicílios, onde 34,5 milhões de pessoas viviam (17,1% da população residente em domicílios particulares). A proporção de domicílios particulares com moradores vivendo em situação de IA moderada foi 4,6% (equivalente a 3,0 milhões). Nestes lares, existiam 10,3 milhões de pessoas (5,1% dos moradores) convivendo com limitação de acesso quantitativo aos alimentos. Do total de domicílios, 3,2% (2,1 milhões) foram classificados como IA grave, restrição alimentar na qual para pelo menos uma pessoa foi reportada alguma experiência de fome no período investigado. Esta situação atingia 7,2 milhões de pessoas (3,6% dos moradores de domicílios particulares) (IBGE, 2014).

Analisando a questão da segurança alimentar 2004/2009, um quantitativo de 17,7 milhões de domicílios particulares (30,2%) se encontravam em algum grau de Insegurança Alimentar (IA), neles viviam cerca de 65,6 milhões de pessoas. Em 2004, esta prevalência era maior, 34,9% dos domicílios particulares registraram alguma restrição alimentar ou, pelo menos, alguma preocupação com a possibilidade de ocorrer alguma restrição devido à falta de recursos para adquirir mais alimentos (IBGE, 2010).

Nesse sentido, a IA moderada e grave se concentram em famílias com maior número de membros, menor renda, maior aglomeração intradomiciliar, expostas a condição de saneamento básico precária e cujos responsáveis e membros têm menor escolaridade (PANIGASSI et al. 2008).

Assim, as repercussões da IA podem ser observadas, principalmente, nos grupos mais vulneráveis. A mortalidade infantil, o prejuízo do desenvolvimento físico e mental, o baixo peso ao nascer, a mortalidade materna, o aumento da evasão escolar e a diminuição do desempenho acadêmico são eventos relacionados à carência de alimentação saudável e de qualidade, como consequência do acesso precário a renda e a bens e serviços (CAMPBELL, 1991).

Em 2009, a prevalência de domicílios com pessoas em situação de IA leve foi estimada em 18,7%, ou, em valores absolutos, 11,0 milhões de domicílios, onde 40,1 milhões de pessoas viviam (20,9% da população residente em domicílios particulares). A proporção de domicílios particulares com moradores vivendo em situação de IA moderada foi de 6,5% (equivalente a 3,8 milhões). Do total de domicílios, 5,0% (2,9 milhões) foram classificados como IA grave, restrição alimentar na

qual para pelo menos uma pessoa foi reportada alguma experiência de fome no período investigado. Esta situação atingia 11,2 milhões de pessoas (5,8% dos moradores de domicílios particulares) (IBGE, 2010).

Em outro âmbito analítico, é percebida a necessidade de novas políticas públicas e principalmente na criação e adequação de produtos para atender às novas formas de consumo. Exemplos de como o aumento no consumo de alimentos fora de casa, tendo um substancial aumento na década de 90, constituindo cerca de 25% do total de gastos com alimentação, do consumo de alimentos semi-prontos e maior preocupação com a saúde e QV (SILVA et al. 2008; NEVES; CHADDAD; LAZZARINI; 2002).

Com a inserção na universidade, os jovens oriundos de famílias estruturadas podem sentir dificuldades em prover sua própria alimentação sem a orientação da autoridade parental, pois, são influenciados por diversos fatores como novas relações sociais, estresse, instabilidade psicossocial, modismos dietéticos, omissão de refeições, consumo de *fast foods*, consumo de álcool e cigarros (FIATES; SALLES, 2001; VIEIRA et al. 2002; ALVES; BOOG. 2007).

Com isso, a avaliação do padrão alimentar dos universitários é de primordial importância para determinar o hábito alimentar desse grupo e perceber desequilíbrios nutricionais, podendo assim sugerir estratégias para a adoção de um consumo alimentar adequado às necessidades nutricionais (SANTOS, et al. 2005; BARBOSA; MONTEIRO, 2006; FALCÃO-GOMES, 2006).

A vivência de uma experiência nova como deixar a casa dos pais leva os universitários a prover a própria alimentação. Como estão mais preocupados em ter um bom desempenho acadêmico, participar das relações culturais e manter boas relações sociais, pode deixar de lado a importância de uma alimentação saudável (ALVES; BOOG, 2007).

A entrada na universidade é uma época adequada para se colocar em prática medidas preventivas, pois, esta prevenção terá como impedir que os maus hábitos alimentares adquiridos pelos estudantes persistam por toda a vida adulta. Neste período em que as pessoas se tornam mais vulneráveis a distúrbios alimentares em decorrência do distanciamento de familiares, mudança de meio social, ansiedade e estresse devido a novas preocupações (VIEIRA, 2002).

O ritmo de vida atual faz com que os consumidores tenham cada vez menos tempo para se dedicar à alimentação, preferindo alimentos que sejam saudáveis e, simultaneamente, de preparação fácil e rápida (BUCKLEY et al. 2007; RAGAERT et al. 2004; KORHONEN, 2002; MEYER et al. 2002).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do presente estudo foi identificada IA em dois (02) diferentes níveis, junto aos atores sociais participantes, estando esse fenômeno intimamente ligado às várias questões como, por exemplo, gênero, condição financeira, sobrecarga nas atividades cotidianas, dentre outras. Apesar da existência de políticas de apoio estudantil, disponibilizadas tanto pela IES participante do estudo e também, pelos órgãos políticos responsáveis pela questão educacional em nossa nação, ainda questões relacionadas ao fenômeno analisado se configuram enquanto fragilidades presentes e que necessitam ser mitigadas continuamente.

A mudança no perfil de graduandos em cursos universitários, impulsionadas inclusive pelos vários programas e estratégias de auxílio para este fim, também se constitui enquanto fator determinante nos processos de avaliação e análise da questão da SA e da IA. Essa questão se constituiu enquanto evidência identificada na presente pesquisa, principalmente por conta dos atores sociais participantes da mesma, se constituírem enquanto discentes, em sua maioria do sexo feminino e que desenvolvem outras atividades para sua manutenção financeira.

Por se constituírem em sua maioria de pessoas do sexo feminino e em alguns casos, já possuírem filho(s) no corpo de sua família, a manutenção financeira se torna mais dificultosa, bem como, a aquisição e consumo de produtos alimentares saudáveis e de boa qualidade. Nesse sentido, todas essas questões irão indiscutivelmente contribuir negativamente para a questão da segurança alimentar e da qualidade de vida de casa pessoa.

Desta forma, se torna de fundamental importância com que toda a sociedade venha se debruçar junto a este problema, objetivando desenvolver novas estratégias e dispositivos, no sentido de mitigar mais fortemente esse problema de saúde pública. Ainda, por conta do fenômeno analisado está intimamente ancorado com a questão gênero, é entendida inclusive a possibilidade de consequências de forma direta e indireta junto à sociedade, no que se refere as futuras gerações.

6. REFERÊNCIAS

ALVES, H. J.; BOOG, M. C. F. Comportamento alimentar em moradia estudantil: um espaço para promoção da saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 197-204 abr. 2007.

AFONSO, C. T.; CUNHA, C. F.; OLIVEIRA, T. R. P. R. Tratamento da obesidade na infância e adolescência: um a revisão da literatura. **Revista Medica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 131-138, out./dez. 2008.

BARBOSA, K. B. F.; MONTEIRO, J. B. R. Avaliação do consumo alimentar e sua associação com o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 25-30, jan. /mar. 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Suplementar de Segurança Alimentar PNAD 2013. A percepção das famílias em relação ao acesso aos alimentos**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 34p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2012, 84p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm]. Acesso em: 01 nov. 2015.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. **Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm]. Acesso em: 15 nov. 2015.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 10.260, de 12 de julho de 2001. **Dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao estudante do Ensino Superior e dá outras providências**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10260.htm]. Acesso em: 15 nov. 2015.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm. Acesso em: 15 nov. 2015.

BUCKLEY, M.; COWAN, C.; MCCARTHY, M. The convenience food market in Great Britain: Convenience food lifestyle (CFL) segments. **Appetite**, London, v. 49, n. 3, p. 600- 617, jul./dez. 2007.

CAMPBELL, C.C. Food insecurity: a nutritional outcome or a predictor variable? **Journal of Nutrition**, Rockville, v. 121, n. 3, p. 408-415, mar. 1991.

CARMO, M. B. et al. Consumo de doces, refrigerantes e bebidas com adição de açúcar entre adolescentes da rede pública de ensino de Piracicaba, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p.121-130, mar, 2006.

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: Comentário à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90)**. 3.ed. Campinas: Unicamp. 2002.

ESCRIVÃO, M.A.M.S. et al. Obesidade exógena na infância e na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, Suppl.3, p. 305-310, jan./mar 2008.

- FALCÃO-GOMES, R. C. et al. Caracterização dos estudos de avaliação do consumo alimentar de pré-escolares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n.6, p. 713-727, nov./dez. 2006.
- FRANCISCHI, R.P.P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista Nutrição**, Campinas, v.13, n.1, p. 17-28, Jan./Apr. 2000.
- FIATES, G. M. R.; SALLES, R. K. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.14, Suplemento, p. 3-6, sept. /dez, 2001.
- HENRIQUES, P.; SALLY, E.O.; BURLANDY, L.; BEILER, R.M. Regulamentação da propaganda de alimentos infantis como estratégia para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p .481-490. Feb. 2012.
- HIRAI, W.G.; ANJOS, F.S. Estado e segurança alimentar: alcances e limitações de políticas públicas no Brasil. **Revista Texto & Contexto**, Porto Alegre, v.6 n.2 p.335-353, jul./dez. 2007.
- KAC, G; VELÁSQUEZ-MELENDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Suppl 1, p. 54-55, may 2003.
- KORHONEN, H. Technology options for new nutritional concepts. **International Journal of Dairy Technology**, Huntingdon, v. 55, n. 2, p. 79-88, may, 2002.
- LIMA, P. G. Políticas de educação superior no Brasil na primeira década do século XXI: Alguns cenários e leituras. **Avaliação**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 85-105, mar. 2013.
- MARIATH, A.B. et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 897-905, Apr 2007.
- MEYER, A. S.; SUHR, K. I.; NIELSEN, P.; LYNGBY, HOLM, F. Natural food preservatives. In: OHLSSON, T.; BENGTSSON, N. (Eds.). **Minimal processing technologies in the food industry**, Cambridge: Woodhead publishing, cap. 6, 2002. p. 124- 174.
- MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Segurança Alimentar**. Rio de Janeiro: IBGE,134p 2014.
- NEVES, M. F.; CHADDAD, F. R.; LAZZARINI, S. G. **Gestão de negócios em Alimentos**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- PANIGASSI, G. et al. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.10, p. 2376-2384, oct. 2008.
- PINHEIRO, A.R.O.; FREITAS, S.F.T.; CORSO, A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, Oct. /Dec. 2004.

RAGAERT, P.; DEVLIEGHERE, F.; DEBEVERE, J. Role of microbiological and physiological spoilage mechanisms during storage of minimally processed vegetables. **Postharvest Biology and Technology**, Amsterdam, v. 44, n. 3, p. 185-194, nov. 2007.

ROSSI, A.; MOREIRA, E.A.M; RAUEN, M.S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 6, p. 739-748, nov./dez. 2008.

SANTOS, J.S. et al. Perfil antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira de Freitas - Bahia. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18. n. 5, p. 623-632, sep./oct. 2005.

SEGALL-CORRÊA, A.M.; MARIN-LEON, A. Segurança Alimentar no Brasil: Proposição e Usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 1-19, mar./apr. 2009.

SILVA, G.A.P.; BALABAN, G.; MOTTA, M.E.F.A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições econômicas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.5 n.1, p53-59 jan./mar 2008.

SOUZA, N. N. et al. Perfil socioeconômico e insegurança alimentar e nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de Viçosa, Estado de Minas Gerais, Brasil, em 2011: um estudo epidemiológico transversal. **Epidemiologia dos Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 655-662, out./dez. 2012.

TORAL, N. et al. Comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 331-334, may/jun. 2006.

VALENTE FLS. **Direito humano à alimentação: desafios e conquistas**. São Paulo: Editora Cortez, 2002.

VIEIRA, V. C. R. et al. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 15, n. 3, p.273-282, set. 2002.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.A.; POPKIN, B.M. Trend of obesity and underweight in older children e adolescents in the United States, Brazil, China and Russia. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 75, n. 6, p. 971-977, jun. 2002.